

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1928-1929 N° 27

De la résection
des cancers de l'anse sigmoïde
en loge péritonéale exclue

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 17 Novembre 1928

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Constantin S. BASGAN

Ancien Externe des Hôpitaux

Né le 15 Mai 1904 à FOCSANI (Roumanie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1928

DE LA RÉSECTION DES CANCERS DE L'ANSE SIGMOÏDE
EN LOGE PÉRITONÉALE EXCLUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1928-1929 N° 27

De la résection
des cancers de l'anse sigmoïde
en loge péritonéale exclue

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 17 Novembre 1928

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Constantin S. BASGAN

Ancien Externe des Hôpitaux

Né le 15 Mai 1904 à FOCSANI (Roumanie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1928

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales		PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements		TIXIER.
Clinique ophtalmologique		BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique		ROLLET.
Clinique des maladies des enfants		NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes		LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires		VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie		COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		ROCHET.
Chimie biologique et médicale		NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie		CLUZET.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		BRETIN.
Histologie		GUIART.
Physiologie		LATARJET.
Pathologie Interne		POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales		DOYON.
Anatomie pathologique		FROMENT.
Chirurgie opératoire		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie		FAVRE.
Médecine légale		PATEL.
Hygiène		ARLOING (F.).
Thérapeutique		Etienne MARTIN.
Pharmacie		COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie		SAVY.
		LEULIER.
		PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de	Pathologie externe	MM. VALLAS.
—	Prépuceutique de gynécologie	CONDAMN.
—	Chimie minérale	BARRAL.
—	Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon),
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	CHALIER (André).	DEVIC.
TRILLAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	GABRIELLE.
SARVONAT.	RHENTER.	NOEL.	MANCEAU.
FLORENCE (G.).	MAZEL.	CHEVALLIER.	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	SANTY.	DUMAS.	ROCHET (Ph.).
CORDIER (V.).	DUNET.	DUFOURT.	WERTHEIMER.
			GATE.

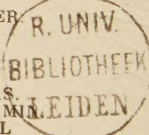
M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, président ; BONNET, assesseur ;

SANTY et CHALIER A., agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON JEUNE FRÈRE

Elève de l'Ecole de Chimie et de la Faculté des Sciences de Lyon

A M. LE PROFESSEUR TIXIER

*Professeur de Clinique Chirurgicale,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine.*

Il a fait naître en moi l'enthousiasme dès le début de mes études médicales et depuis n'a jamais cessé de m'entourer de sa bienveillance.

Je lui garde la plus profonde reconnaissance pour tout ce que je dois à sa grande bonté et un culte respectueux, parce qu'il fut mon Maître le meilleur.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. BONNET

Chirurgien des Hôpitaux

Dont l'amitié a toujours été pour moi, loin des miens, le meilleur réconfort.

Nous lui sommes attaché par les sentiments de reconnaissance que tout Roumain lui conserve.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY

Chirurgien des Hôpitaux

Qui fut toujours pour moi un Maître plein de délicatesse.

A MES MAITRES DES HÔPITAUX DE LYON

M. LE PROFESSEUR TIXIER,
M. LE PROFESSEUR ROQUE,

Externat :

M. LE DOCTEUR VIGNARD,
M. LE PROFESSEUR PATEL,
M. LE DOCTEUR BONNAMOUR,
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY,
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CORDIER,

A MES MAITRES DES CONFÉRENCES D'EXTERNAT

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

Dont l'enseignement a marqué notre
formation médicale de la plus heu-
reuse empreinte.

A M. LE PROFESSEUR LEPINE
Doyen de la Faculté de Médecine.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BUCAREST

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LEIPZIG

A M. LE PROFESSEUR ANGELESCU
Ministre de l'Instruction Publique à Bucarest.

A M. LE PROFESSEUR HELD
De Leipzig.

Nous désirons marquer particulièrement notre reconnaissance à tous ceux qui nous ont fait douce l'hospitalité de la France et celle de la Ville que nous avons choisie, avec la certitude d'y trouver le meilleur enseignement.

MM. les Professeurs Guiart, Policard et Mouriquand ont bien voulu reporter sur nous les sentiments de sympathie qu'ils ont toujours marqués pour notre pays.

Nous avons toujours rencontré le meilleur accueil à nos sollicitations et la plus grande bienveillance auprès du Comité de patronage des Etudiants étrangers, à la Direction de la Maison des Etudiants, au Consulat de Roumanie, à l'Administration des Hospices.

M. le Docteur Daujat, médecin de la Maison départementale d'Albigny, a bien voulu nous confier les fonctions d'interne et nous aider de son précieux enseignement.

A tous ceux qui nous ont aidé de leur bienfaisant appui et de leurs conseils, nous adressons l'expression de nos sentiments de reconnaissance.

Introduction

Notre travail a pour but de montrer la possibilité qu'il y a — en présence d'un cancer du côlon sigmoïde et dans des conditions anatomiques favorables — de réaliser une résection en péritoine cloisonné, en d'autres termes de mettre le grand péritoine à l'abri d'une contamination possible, soit au cours même de l'acte opératoire, au contact des tranches de section de l'intestin, soit dans les suites mêmes de l'intervention, au contact d'une suture.

Cette contamination du péritoine est la cause essentielle de la mortalité. Que la mort soit due à l'évolution même d'une péritonite, ou qu'elle soit le fait d'une occlusion post-opératoire du grêle, elle est le fait même de l'infection du péritoine.

Contamination immédiate au cours même de l'acte opératoire, réalisée au contact du contenu de l'intestin ou simplement des tranches septiques de l'intestin ;

Contamination secondaire, réalisée à la faveur d'une désunion des sutures si fréquente dans cette région de l'intestin; ou, sans même qu'il y ait désunion,

contamination limitée de la séreuse des anses grêles au contact d'une suture d'une septicité malgré tout relative.

Tels sont les deux modes d'inoculation du péritoine qui constituent le danger réel de toute résection en un temps du côlon sigmoïde, et qui restent, même lorsque la résection est effectuée après anus préalable, un danger relatif difficile à apprécier.

Aussi, toute amélioration dans la technique, tendant à mettre le grand péritoine à l'abri d'une contamination possible, doit-elle être la bienvenue.

Sans doute, les tentatives de résection en péritoine cloisonné n'ont pas manqué, et l'une des plus ingénieuses est certainement celle proposée par Quénu dans la thèse de Cruet, qui réalise la résection du segment colique entre les deux feuillets du méso, préalablement incisés et suturés aux lèvres du péritoine pariétal.

Pourtant, cette façon de faire ne semble pas avoir été suivie par beaucoup de chirurgiens, car, sans doute, elle est d'une exécution difficile et la réalisation de deux lames péritonéales étanches, représentées par les deux feuillets du mésocôlon doit être bien délicate, si l'on se représente l'adhérence de ces feuillets au contenu même du méso, à la faveur de la lymphangite, et principalement au contact des ganglions enflammés.

Aussi, lors d'une résection, la plupart des chirurgiens se contentent-ils de réaliser, au cours de l'acte opératoire, une protection minutieuse du grand péritoine à l'aide de compresses, protection efficace le plus souvent en ce qui concerne la contamination

immédiate par les tranches de section. Mais ils sont bien obligés, une fois l'anse réintégrée dans le ventre après antérorraphie, de s'en remettre à la perfection des sutures, ce qui n'exclue, de façon absolue, ni la désunion des sutures toujours possible, ni surtout la septicité relative des fils de suture ou la contamination persistante du péritoine au niveau du foyer opératoire, et c'est là la cause fréquente de péritonites partielles, d'adhérences des anses grêles, facteurs possibles d'occlusion post-opératoire.

Aussi, est-ce le souci de mettre le grand péritoine à l'abri définitif du foyer opératoire qui a conduit le Professeur agrégé P. Bonnet à chercher la possibilité de réaliser la résection en péritoine cloisonné et l'a amené à utiliser les modifications de technique dont nous parlerons.

Pourtant, ce n'est pas cette préoccupation seule qui le guidait dans cette recherche, mais aussi les imperfections qu'il reconnaissait aux procédés d'extériorisation.

L'extériorisation est, en présence d'un cancer du sigmoïde, surtout observé en période d'occlusion, un admirable procédé. Mais le point faible de ce procédé est la reconstitution de la continuité intestinale et la fermeture de l'anus : l'entérorraphie secondaire par les méthodes intrapéritonéales est une opération délicate et d'une gravité incontestable, qui fait qu'on hésite à la proposer à un malade que l'on considère comme guéri et qui ne réclame que la cure d'une infirmité.

Par ailleurs, les procédés qui consistent à utiliser l'entérotome pour rétablir la continuité de l'intestin

et réaliser du même coup la fermeture de l'anús, comportent des risques réels et, pour le moins, aboutissent à des échecs fréquents.

On voudrait pouvoir réduire au minimum les échecs dans le temps de rétablissement de la continuité en même temps que les risques, et c'est pour cela qu'on a tenté d'associer aux avantages de la résection après extériorisation, les perfectionnements de reconstitution partielle de la continuité intestinale par suture des demi-tranches postérieures.

Malgré tout, on aimerait pouvoir, après extériorisation et résection, réintégrer sans risques, dans la cavité abdominale, l'anse partiellement suturée, et la placer à fleur de péritoine, simplement fistulisée.

C'est dans ce but surtout que M. le Professeur Agrégé P. Bonnet a cherché à réaliser une loge, qui tout en étant parfaitement exclue du grand péritoine, permit la réintégration intraabdominale de l'anse, une fois réséquée et partiellement réséquée, ou mieux simplement fistulisée.

Ceci naturellement dans les cas seuls où les phénomènes d'occlusion aiguë n'imposent pas l'extériorisation pure et simple, c'est-à-dire dans ceux où, non seulement, l'état général permet une opération de plus longue durée, mais aussi où les conditions locales de l'intestin permettent une reconstitution de la continuité.

Les cas sont fréquents, en effet, où l'on opère en période de subocclusion, où la friabilité des parois du bout supérieur n'est pas telle qu'elle interdise une suture reconstituante, sinon parfaite, du moins suffi-

sante, surtout si on l'accompagne d'une fistulisation à la paroi.

Tout ceci pour dire que la création d'une loge péritonéale exclue du grand péritoine n'est pas une méthode que l'on puisse préconiser, valable pour tous les cas.

Ce ne peut être qu'un perfectionnement de technique, réalisable dans des conditions favorables.

Le Professeur Agrégé P. Bonnet l'a réalisé avec succès dans les deux cas où il l'a effectuée.

L'avenir dira s'il s'agit là d'une technique d'exception, valable seulement dans des conditions anatomiques que l'on rencontre rarement ou si elle mérite d'être utilisée de façon systématique dans la plupart des cas.

DE LA RÉSECTION DES CANCERS DE L'ANSE SIGMOÏDE EN LOGE PÉRITONÉALE EXCLUE

Technique opératoire

Le but anatomique que se propose l'opération est la réalisation d'une loge intrapéritonéale exclue du grand péritoine, isolée des anses grêles dès le début de l'intervention, et définitivement close du côté du grand ventre, tout en permettant la réintégration de l'anse suturée dans la cavité abdominale et la fermeture méthodique de la paroi au devant d'elle.

Le moyen de la réaliser est essentiellement l'utilisation, d'une part de la mobilité relative du mésosigmoïde, d'autre part la faculté particulière que possède le péritoine pariétal, à la face profonde de la paroi abdominale antéro-latérale, d'être mobilisé sur une étendue considérable. Cette mobilisation du péritoine pariétal paraît, a priori, et sur des schémas, irréalisable. Elle est pratiquement possible et le Professeur Agrégé P. Bonnet l'a expérimentée sur le cadavre. Elle est certainement d'étendue plus considérable sur le vivant.

Les conditions anatomiques en présence desquelles on se trouve, lorsqu'on a affaire à un cancer de l'S

iliaque, varient suivant que l'intervention a lieu à froid (soit que le diagnostic ait pu être fait de bonne heure, soit que l'intestin ait été modifié par une cæcostomie préalable), auquel cas une entérorraphie peut être réalisée avec une certaine perfection, ou suivant que l'on opère en période d'occlusion relative et alors il ne peut être question que d'une reconstitution anatomique imparfaite ou incomplète.

Nous avons déjà dit que la réalisation d'une loge péritonéale exclue ne peut être envisagée en période d'occlusion aiguë. Pourtant, ceci n'a rien d'absolu et, en pareille circonstance, la gravité de l'état général, bien plus que les conditions anatomiques de l'anse, lorsqu'elle est franchement extériorisable, s'y opposent, et il n'est pas dit que chez un sujet dont l'état général le permet, la réalisation d'une loge exclue ne puisse être tentée.

Ici d'ailleurs se pose une question préalable :

En présence d'une occlusion aiguë du gros intestin de localisation impossible, tout le monde est d'accord et l'on pratique une cæcostomie, seule opération de mise.

Cependant, il est souvent possible de soupçonner, de par l'examen clinique, la localisation au niveau de l'anse sigmoïde, de l'obstacle. Dans ce cas, nombre de chirurgiens préfèrent intervenir d'emblée dans la fosse iliaque gauche, avec le secret espoir de pouvoir réaliser une extériorisation.

C'est la façon de faire à laquelle se range le Professeur Agrégé P. Bonnet. Il n'est pas impossible, dans ces conditions, qu'à côté des cas où l'on n'a pas

le loisir de faire autre chose qu'une extériorisation avec anus immédiatement sus-jacent à la tumeur, il s'en trouve d'autres où la résection immédiate de l'anse extériorisée apparaisse préférable, avec reconstitution partielle de la continuité.

En pareil cas, on peut envisager la possibilité d'obtenir la guérison par une seule intervention, sans autre anus que la fistulisation partielle à la paroi de l'anse réséquée et suturée. Pareille éventualité ne s'est pas présentée.

Mais, d'autres conditions anatomiques peuvent amener dans la technique opératoire, des modifications importantes, et il y a lieu de distinguer nettement les cas où l'on se trouve en présence d'une anse extériorisable d'emblée et ceux où l'on doit recourir, pour la mobiliser, au décollement côlo-pariétal de P. Duval.

Ces conditions dissemblables se trouvaient exister dans les deux observations que nous a confiées le Professeur agrégé P. Bonnet, et dans les deux cas, la conduite de l'acte opératoire s'inspira de ces conditions et se trouva modifiée en conséquence.

Nous décrirons donc une technique variable suivant que l'anse est ou non extériorisable.

A. — L'ANSE SIGMOÏDE EST EXTÉRIORISABLE

Après les réserves que nous avons faites, concernant l'opération en période d'occlusion, nous envisagerons ici l'opération à froid.

Le plus souvent, les conditions anatomiques de

l'opération à froid ne seront réalisées qu'après cœcotomie préalable.

L'opération serait peu différente cependant en présence d'un intestin dont le bout supérieur apparaîtrait dans une intervention délibérément faite à gauche, un peu distendu et œdémateux.

La fistulisation à la paroi, opération de prudence, serait la seule modification de technique.

La réalisation d'une loge exclue, en présence d'une anse extériorisable, est simple dans son principe. Il n'est que de la réaliser avec minutie, car le cloisonnement doit être aussi parfait que possible. On peut l'amorcer, quitte à y renoncer si les conditions anatomiques n'apparaissent pas favorables.

L'opération est conduite, dans ses premiers temps, suivant les règles habituelles :

Position inclinée d'emblée.

Incision des téguments légèrement oblique par rapport au bord externe du muscle grand droit et reportée assez loin en dehors de lui.

Incision des plans aponévrotiques des muscles obliques, évitant d'ouvrir la gaine du muscle grand droit.

Incision du péritoine à ce niveau.

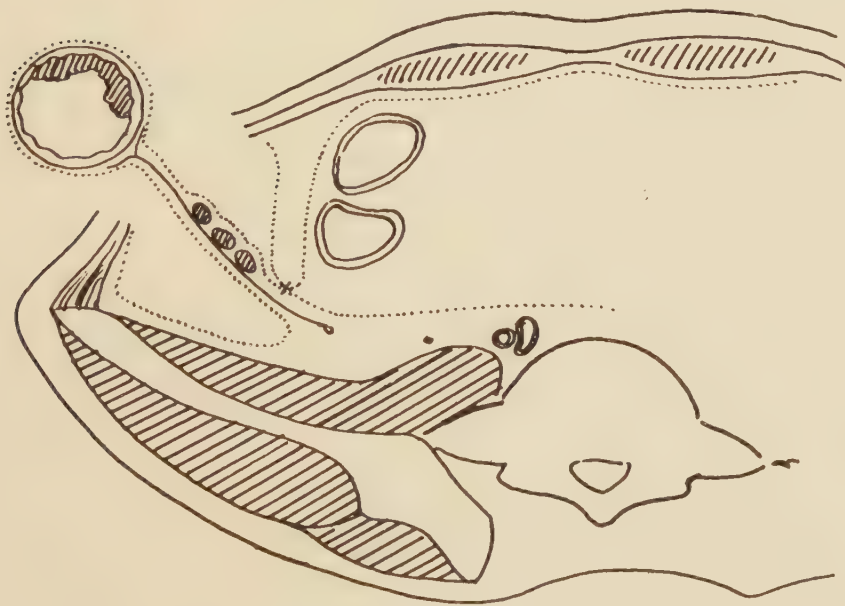
La paroi aponévrotique est alors saisie en même temps que les lèvres du péritoine, à l'aide des tenailles de Pauchet ou des pinces de Museux, de façon à pouvoir être soulevée pour découvrir le péritoine pariétal à la face profonde des muscles.

Une compresse introduite dans le péritoine refoule et protège les anses grêles.

L'anse sigmoïde est alors extériorisée, aussi complètement que possible. Le méso est exploré au doigt

et à la vue, pour décider d'après les ganglions de l'étendue de l'exérèse. Il est surtout exploré par transparence, ce qui permettra de reconnaître le trajet des vaisseaux et de choisir le lieu de passage des fils qui faufleront plus tard le feuillet antérieur.

On aborde alors le temps particulier de l'opération : la création d'une loge péritonéale exclue, par cloisonnement effectué à *distance des lèvres du péritoine pariétal*.



On détermine le lieu où portera la section du bout supérieur et loin en deçà, du côté proximal, on solidarise la séreuse de l'anse avec le péritoine pariétal, à *distance des lèvres de la plaie péritonéale*, en adossant des surfaces par des points en U, suffisamment

rapprochés pour assurer, sinon une étanchéité parfaite, du moins un cloisonnement satisfaisant.

On aborde alors la partie délicate du cloisonnement, que l'on réalise en unissant la face antérieure du mésocôlon, en deçà du lieu où il sera réséqué, c'est-à-dire très loin à distance de l'intestin, avec le péritoine pariétal, que l'on va saisir avec une aiguille fine de Reverdin ou toute autre, montée sur un long manche, *loin des lèvres de la plaie péritonéale*, à la face profonde des muscles de la paroi.

Pour ce faire, un premier fil est placé sur le méso, en deçà du point où sera situé l'angle de la résection cunéiforme, et sera de suite solidarisé au péritoine pariétal. A partir de ce point et se dirigeant vers l'anse, d'autres points seront placés sur le méso, en deçà du lieu de la résection et solidarisés à mesure avec le péritoine pariétal.

Les compresses qui refoulaient les anses grêles sont, au fur et à mesure, retirées, de sorte que les anses grêles reprennent leur place derrière le voile péritonéal, ce qui permet de vérifier la perfection du cloisonnement.

Il convient de prendre soin, au cours de cette péritonisation, d'éviter les vaisseaux du mésocôlon, d'une part; l'artère épigastrique, d'autre part.

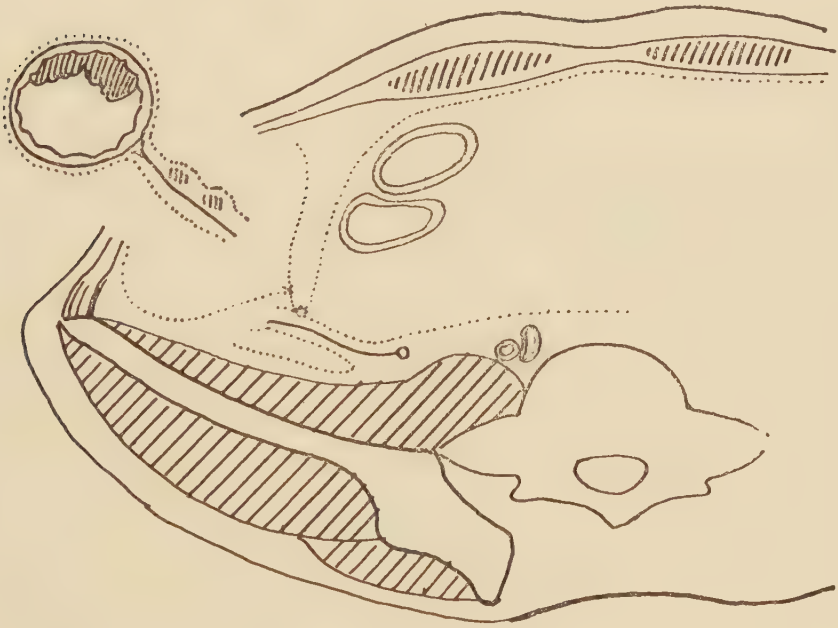
Il n'y a aucun inconvénient, dans les zones avasculaires, à saisir dans le fil toute l'épaisseur du méso.

Le cloisonnement est terminé sur le bout inférieur que l'on traite comme le bout supérieur.

On a soin d'achever de solidariser les deux bouts intestinaux en dehors du péritoine de la gouttière latéro-colique.

Ce temps de l'opération terminé, on se trouve en présence d'une loge péritonéale, complètement exclue du grand péritoine, et dans laquelle flotte, en battant de cloche, l'anse à réséquer.

Il ne reste plus qu'à pratiquer la résection, au lieu préalablement choisi, en tenant compte de la longueur d'intestin à conserver pour que l'entérorraphie soit facile.



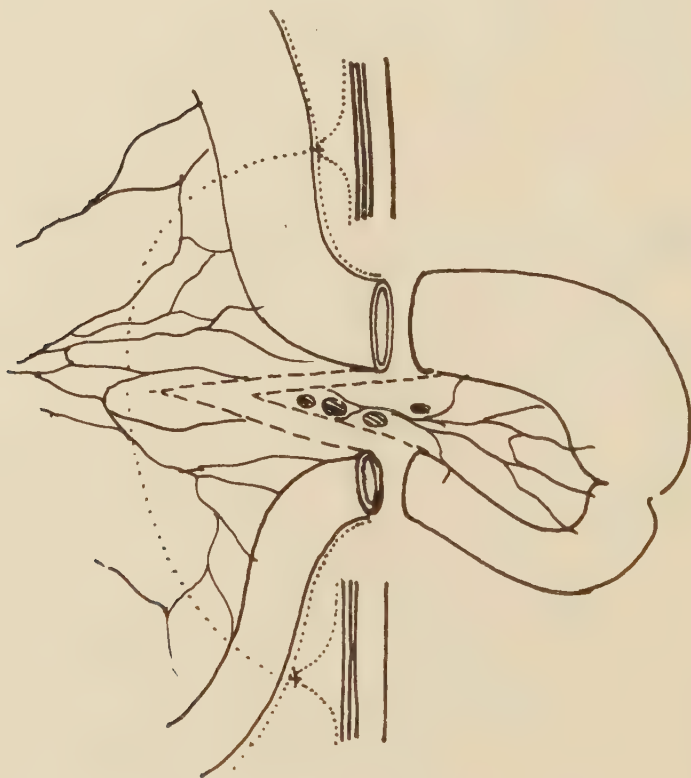
La résection du méso est effectuée et sa suture faite avec soin particulier de l'hémostase.

Entérorraphie sans particularité.

L'anse suturée est alors réintégrée dans sa loge péritonéale fermée de toutes parts du côté du grand ventre.

La paroi est reconstituée plan par plan, régulièrement autour d'un drain, qui, placé dans la loge péritonéale exclue, en assure le drainage.

Les téguments seuls sont laissés non suturés.



L'observation qui suit se rapporte à un cas où la malade porteuse d'un cancer végétant de l'anse sigmoïde, — forme rare, — fut opérée en un temps, sans anus préalable.

En raison de l'état médiocre du bout supérieur, l'anse restaurée après résection fut fistulisée à la pa-

roi. Il se fit un phlegmon pariétal, sans gravité d'ailleurs. Mais il est permis de se demander s'il n'eût pas mieux valu pratiquer une entérorraphie complète, sans fistulisation, en se contentant d'un drainage plus large de la loge exclue. On eût peut-être évité l'infection de la paroi et peut-être d'une partie de la loge dont la fistulisation paraît avoir été seule responsable.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé P. BONNET.)

Cancer végétant de l'S iliaque (forme hémorragique). — Résection en loge péritonéale exclue du grand péritoine. — Entérorraphie à peu près complète, avec fistulisation à la paroi. — Guérison maintenue après 19 mois.

Dme M..., 52 ans, est adressée au Docteur Bonnet, avec le diagnostic de cancer probable du haut rectum.

L'affection a débuté, de façon assez nette, il y a 4 mois, par une perte des forces légère, un peu d'amaigrissement. Il y a 3 mois surviennent des hémorragies très abondantes répétées, bientôt accompagnées de faux-besoins et de débâcles glaireuses qui font d'abord soupçonner qu'on se trouvera en présence d'un cancer ampullaire du rectum.

A l'examen : Cadre colique net avec clapotage cœcal. Tension intermittente du cœcum peu nette.

Le toucher vaginal montre un petit utérus. L'ovaire gauche est perçu normal. Près de lui, le rectum est perçu comme une corde sensible.

Le toucher rectal combiné au toucher vaginal et poussé très haut ne perçoit rien dans la lumière du rectum. Mais le palper de la fosse iliaque gauche, combiné à l'exploration

rectovaginale permet de percevoir une induration qui ne peut être qu'un néoplasme du côlon sigmoïde.

Le contrôle radioscopique montre :

1° *Lavement opaque*. — Le lavement injecte le rectum et une partie de l'anse sigmoïde, mais il est impossible d'arriver au côlon descendant. Il existe, vers la fin du descendant et le début de l'S iliaque, un segment d'intestin induré, qu'on mobilise à la main, et dans lequel la gelobarine n'a pas pu s'engager.

2° *Repas opaque*. — L'examen est pratiqué 24 heures environ après l'injection de gelobarine. Tout le gros intestin est injecté et semble de calibre normal jusqu'à la fin du côlon descendant. A ce niveau, diminution du calibre de moitié et intestin mal injecté. Tout se passe comme s'il existait un obstacle, non absolu, au transit intestinal à ce niveau.

Pas de dilatation colique en amont.

Si l'on avait reçu à temps le résultat du lavement opaque on eût empêché l'examen par injection. Celui-ci éprouva beaucoup la malade, en provoquant des coliques et en amenant la distension du gros intestin.

Les jours suivants la température s'élève à 37°7. On perçoit un peu d'œdème de la paroi.

Il s'agit très probablement d'un cancer du sigmoïde, mais sans doute un peu anormal, et on s'attend à rencontrer non un cancer en ficelle mais plutôt un cancer végétant, ce qui correspondrait aux manifestations cliniques, à moins qu'il ne s'agisse d'une sigmoïdite par infection d'un diverticule.

On décide d'intervenir d'emblée à gauche.

Le 14 octobre 1926. (MM. P. Bonnet et E. Pollosson.) Anesthésie générale à l'éther. Position inclinée modérée. Incision de Max Schuller à gauche. Le péritoine renferme un peu de liquide. On découvre assez vite une masse néoplasique du sigmoïde, à la convexité de l'anse, extériorisable, œdémateuse, vascularisée. L'anse afférente, prolabée dans le pelvis et qui pourrait être prise pour l'efférente par son siège, est distendue, mais sans excès, à parois œdémateuses.

On se propose de faire soit une extériorisation avec résec-

tion immédiate et suture de la demi-circonférence postérieure, soit, si cela paraît anatomiquement possible, une résection en loge exclue du grand péritoine, avec suture partielle. Technique que le Docteur Bonnet désire depuis longtemps appliquer sur le vivant.

On se rend tout de suite compte que cela sera facile et on décide d'utiliser cette manière de faire.

On réalise un cloisonnement en allant chercher très loin le péritoine pariétal, à la face profonde des muscles. On le fixe alors en dedans au mésocôlon à sa base, en deçà des gros ganglions rouges inflammatoires, qu'on voit et qui seront enlevés avec le méso^e; en haut et en bas avec la séreuse de l'intestin, ce qui fixera les deux branches de l'anse à anastomoser. En dehors on cloisonne la gouttière latérocolique en haut et en bas, de sorte que l'anse extériorisée est devenue extrapéritonéale, exclue du grand ventre, tout en étant intrapéritonéale.

On place un clamp à chaque bout.

On résèque après avoir repéré d'un fil le sinus de la résection du mésocôlon.

Le mésocôlon est suturé.

On amorce la suture séromusculaire sur la demi-circonférence, à la soie.

On suture la muqueuse circulairement au catgut en laissant à la face libre un orifice où la suture est arrêtée par un fil isolé.

On place dans la lumière intestinale un gros drain de Kehr, comme si l'intestin était un cholédoque.

On achève la suture séro-musculaire, circulairement, avec point d'arrêt au contact du tube.

Le péritoine pariétal est refermé au devant de l'anse réintégrée, et on a soin d'éviter de laisser des espaces morts en solidarissant la séreuse de l'intestin au péritoine pariétal.

Suture partielle des aponévroses autour du drain.

La peau est laissée ouverte.

En fin de compte l'anse réséquée et suturée se trouve en-

fouie dans une loge séreuse exclue du grand péritoine, mais intraabdominale.



Les suites, d'abord extrêmement simples, sans signe de réaction péritonéale, sont troublées au cinquième jour par l'apparition d'un phlegmon pariétal, qu'il faut désunir. Il s'écoule un pus grisâtre, mêlé de gaz, de la plaie qu'on désunit au-devant de l'intestin. La loge péritonéale paraît infectée partiellement, dans la gouttière externe.

On regrette d'avoir fistulisé à la paroi car une entérorraphie complète eût probablement évité l'inoculation de la paroi par le tube de Kehr et eût permis de laisser la paroi plus largement drainée alors que l'on s'est appliqué, à cause même de la fistulisation à supprimer les espaces morts.

Les suites sont alors des plus simples. La malade rentre chez elle moins d'un mois après l'opération, porteur d'une fistule qui donne passage à peu de matières. Le passage s'effectue normalement par l'anus.

La malade revient se montrer le 6 décembre 1926, 52 jours après l'opération.

La fistule ne donne plus aucun écoulement depuis 8 jours, mais il passe encore quelques gaz.

La malade vient se présenter à la Société de Chirurgie le 3 mai 1928. Elle a engraisié de 10 kilogrammes et a toutes les apparences d'une santé parfaite.

Elle a tous les jours une selle moulée, normale.

La paroi abdominale est solide, sans éventration.

L'examen par le toucher rectal et le palper montre une souplesse parfaite de la fosse iliaque et du pelvis.

B. — L'ANSE SIGMOÏDE N'EST PAS EXTÉRIORISABLE

En pareil cas, l'opération ne peut être effectuée qu'à froid. C'est là une condition absolue. Toute tentative d'extériorisation par décollement côlo-pariétal, entreprise sur une anse altérée par l'occlusion, expose à la déchirure de l'intestin au niveau de la tumeur. On doit donc, en période d'occlusion, même incomplète, renoncer à toute manœuvre sur l'anse sigmoïde et se reporter dans la fosse iliaque droite, pour y établir une cœcostomie. Ce n'est qu'après une mise au repos suffisante de l'intestin que la résection pourra être décidée.

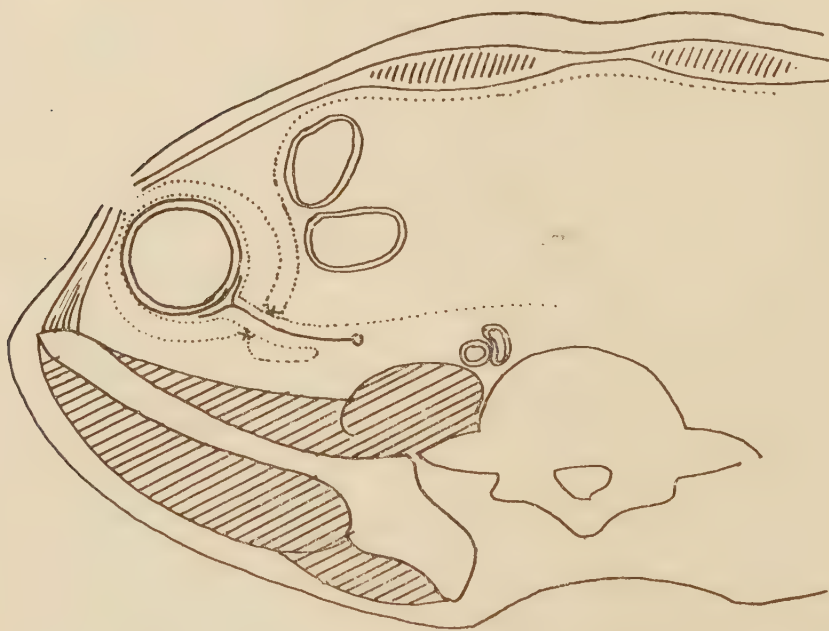
C'est ainsi qu'il fut procédé dans l'observation qui suit.

L'opération est conduite, dans ses premiers temps,

comme précédemment, et les particularités ne commencent que lors du décollement côlo-pariétal.

Celui-ci est amorcé sur une grande étendue, de façon à rendre l'anse extériorisable si possible, ou du moins de façon à libérer suffisamment les bouts supérieur et inférieur de l'anse, qui seront suturés après résection.

Souvent, en effet, l'anse décollée du péritoine pariétal, reste profondément située non extériorisable.



Le méso, alors, est exploré, au doigt et, autant que possible, par transparence, et le cloisonnement réalisé par adossement du péritoine pariétal saisi à distance des lèvres de la plaie péritonéale, au mésocôlon, en deçà du lieu de résection, aux bouts supérieur et infé-

rieur de l'anse, le plus loin possible en deçà du futur lieu de section.

C'est alors qu'il faut avoir recours, pour éviter la section de l'intestin en pleine loge, bien que celle-ci soit exclue du grand péritoine, à la section première du méso.

Cette manœuvre permettra d'extérioriser à loisir le segment intestinal à réséquer et la résection se fera hors de la cavité abdominale.

Le mésocôlon est donc sectionné en coin et l'hémostase faite.

Or, la manœuvre du décollement rétropariétal, malgré que, théoriquement, elle ne soit que le clivage de deux feuillets péritonéaux simplement accolés, a le plus souvent ouvert le tissu cellulaire sous-péritonéal et créé une surface cruentée.

Il importe de péritoniser cette surface sans quoi l'infection de la loge exclue, toujours possible au cours des manœuvres de résection ou de suture, donnerait lieu non pas à une péritonite parfaitement cloisonnée, puisqu'elle se ferait dans la loge exclue, donc sans danger réel, mais à un phlegmon des espaces sous-péritonéaux, à une cellulite sous-péritonéale infiniment plus redoutable. C'est pourquoi il convient de péritoniser la surface cruentée par une manœuvre facile, qui consiste à amener la lèvre postérieure du péritoine pariétal latérocolique, incisée pour le temps du décollement côlo-pariétal, au contact de la face antérieure du moignon mésocolique, en l'insinuant à travers la brèche créée par la section du mésocôlon, dans le sinus de l'angle de section.

Un point ou deux seulement assurent cette périto-

nisation de la zone décollée, de façon à ne pas gêner plus tard la réunion des lèvres du mésocôlon, qui doit être aussi parfaite que possible.

On vérifie alors dans la gouttière latérocolique que la zone de décollement côlopariétal est parfaitement péritonisée. Quelques points suffiraient à compléter la péritonisation en unissant la lèvre péritonéale libérée par le décollement, à la face postérieure du mésocôlon.

Le temps de la résection peut être alors entrepris. Il se passe hors du ventre, grâce à la section première du méso.

La suture des lèvres du mésocôlon est effectuée tout d'abord, comme il est de règle dans toute entérorraphie. Le méso reconstitué ne présente d'autre brèche que celle qui a donné passage, à l'extrême limite de la section, au péritoine latérocolique attiré pour être suturé à la face antérieure du méso.

L'entérorraphie est effectuée en deux ou trois plans, aussi parfaite que possible.

L'anse restaurée est alors réintégrée dans la loge péritonéale exclue. Le péritoine est fermé au devant de l'anse, ne laissant que le passage d'un drain plongeant dans la loge. Les plans aponévrotiques sont restaurés. Il est bon de laisser les téguments non suturés, à cause de l'infection presque inévitable du tissu cellulaire sous-cutané.

Dans l'observation qui suit, l'opération a été de point en point conduite comme nous venons de l'indiquer.

OBSERVATION II

(Clinique chirurgicale de M. le Professeur TIXIER.)

Cancer sténosant de l'anse sigmoïde. — Accidents d'occlusion aiguë : cœcotomie. — Résection secondaire en loge péritonéale exclue du grand péritoine. — Guérison maintenue après un an.

J. Joseph, 71 ans, est adressé d'urgence à l'infirmerie de porte de l'Hôtel-Dieu, le 12 octobre 1927, avec le diagnostic *d'occlusion intestinale*.

Voici les antécédents qui ont pu être recueillis dans les jours qui ont suivi l'opération, sur la maladie actuelle :

Il y a 5 ans, le malade a commencé à souffrir dans la fosse iliaque droite. La douleur, assez supportable, apparaissait en général après les repas et s'accompagnait de contraction de la paroi. Bientôt apparurent les vomissements, alimentaires, acides, laissant au malade une impression de mauvais goût à la bouche. Leur apparition était irrégulière.

Depuis cette époque le malade est devenu très constipé. Il avait cependant conservé l'appétit.

Après avoir souffert trois mois, le malade vient à Lyon consulter un médecin. De ce moment, les douleurs sont soulagées, les vomissements cessent. Seules persistent la constipation et la sensation de mise en tension de la fosse iliaque droite. Abondance anormale de gaz.

Cette amélioration notable se maintient pendant plus de quatre ans.

Depuis trois mois les douleurs ont reparu. Il ne s'agit plus d'une douleur localisée, mais de coliques occupant tout le ventre. La constipation devient plus opiniâtre ; l'abdomen se ballonne progressivement et devient tendu.

Bientôt même la constipation devient telle que les gaz ne sont plus émis. Les vomissements reprennent avec une grande fréquence ; ils sont, cette fois, bilieux et souvent fécaloïdes.

Enfin le malade entre en occlusion et c'est dans cet état qu'il est adressé d'urgence à l'Hôtel-Dieu.

A l'entrée : Abdomen ballonné ; cadre colique ; clapotage partout mais surtout à gauche. Le toucher rectal est négatif. Le Professeur agrégé P. Bonnet fait le diagnostic de cancer de l'anse sigmoïde. Il convient que l'importance de l'occlusion devrait imposer la cœcotomie. Cependant il préfère intervenir dans la fosse iliaque gauche, avec l'espoir, le diagnostic de localisation sur le sigmoïde lui paraissant certain, que l'anse sera suffisamment mobile pour une extériorisation.

Intervention immédiate sous rachianesthésie.

Incision dans la fosse iliaque gauche, sur la partie aponevrotique des muscles obliques.

A l'ouverture du péritoine, on est surpris de voir se présenter, non le côlon, mais des anses grêles distendues, rouge sombre, participant à l'occlusion. On a grand'peine à découvrir, plaqué contre la paroi postérieure, le côlon iléo-pelvien, à peine distendu, de coloration normale. En poursuivant l'exploration du côlon vers le haut, on croit percevoir une induration en ficelle, mais portant sur une anse tellement fixée qu'on ne peut songer à établir un anus à gauche. On ne voit d'ailleurs pas d'anse colique distendue.

La paroi est donc refermée et on se porte dans la fosse iliaque droite. On trouve le cæcum extrêmement distendu et on établit sur lui une cœcostomie sur tube de Paul. Il s'écoule une quantité énorme de matières liquides noires, extrêmement fétides, à odeur de vidange.

Le malade est transporté après quelques jours dans la Clinique du Professeur Tixier. L'état du malade s'améliore progressivement après la cœcostomie et il devient possible de pratiquer un examen radiologique.

Une première radioscopie, après lavement baryté, montre un arrêt réel, fixe, au niveau même où l'on croit avoir constaté, en opérant, une sténose.

Une seconde radioscopie, après remplissage du bout supérieur à la faveur de la cœcostomie montre un arrêt au même point.

Il y a donc de très grandes probabilités pour qu'il s'agisse

d'un cancer en ficelle, très sténosant, de l'anse sigmoïde.

Bientôt l'état général permet d'intervenir.

Le 17 novembre 1927, intervention (Docteur Bonnet avec l'aide du Docteur Bertrand et de M. Denis, interne de service). La rachianesthésie imparfaite dès le début, fait place à une anesthésie très prudente, à l'éther.

Incision sur la cicatrice de la première intervention exploratrice de la fosse iliaque gauche.

On se trouve presque immédiatement en présence de la partie sténosée de l'anse sigmoïde, devenue déjà un peu mobile depuis l'opération antérieure. On pourra donc pratiquer une résection.

On pratique, en premier lieu, un décollement colopariétal, puis on aborde les ligatures des vaisseaux du mésosigmoïde que l'on pratique très loin, à l'origine du méso, de façon à enlever, avec le segment qui sera réséqué, quelques ganglions que l'on voit, mais qui ne paraissent pas nettement néoplasiques.

On réalise ensuite un cloisonnement, destiné à exclure du grand péritoine, une loge péritonéale, à l'intérieur de laquelle sera pratiquée la résection :

1° On reconstitue complètement un péritoine pariétal, dans la zone de décollement colopariétal, à la faveur de la ligature préalable des vaisseaux, et de leur section, qui permet de ramener à travers la brèche du mésocôlon la lèvre externe du péritoine pariétal, au contact de la face antérieure du moignon du mésosigmoïde, couvrant ainsi la surface cruentée du décollement colopariétal.

2° On va chercher très loin des lèvres de la plaie de laparotomie le péritoine pariétal antérieur et on le fixe : en haut et en bas à l'anse sigmoïde, par des points séro-séreux, très au-dessus et très au-dessous du segment sténosé à réséquer.

En dedans, du côté du grand ventre, à la face antérieure du moignon mésosigmoïde, en utilisant la grande plasticité du péritoine de la paroi, et en retirant, au fur et à mesure que l'on suture, les compresses placées dès le début pour refouler les anses grêles.

On obtient ainsi une loge péritonéale exclue du grand péritoine et traversée par l'anse sigmoïde à réséquer, flottante, avec son méso libéré de ses attaches.

Les anses grêles sont cachées par le voile péritonéal qui a remplacé le cloisonnement primitif aux compresses.

Dès lors tout le temps septique de la résection sera effectué en loge péritonéale exclue, dont les lèvres pourront être refermées au-devant de l'anse restaurée par entérorraphie.

La *résection* est pratiquée par simple section des bouts afférent et efférent, sur le champ d'une compresse insinuée sous l'anse dans la brèche du mésocolon.



La continuité de l'intestin est réalisée ensuite par entérorraphie circulaire en 3 plans : muqueuse au catgut ; musculo-séreuse à la soie ; séreuse au catgut chromé.

Résultat anatomique très satisfaisant.

L'anse sigmoïde restaurée est alors enfouie dans sa loge péritonéale par suture, au-devant d'elle, des lèvres de la plaie de laparotomie.

On place un simple drain dans la loge.

Fermeture des plans musculaires.

Les téguments sont laissés non suturés.

La pièce enlevée (*fig. 6*) montre que la section des bouts a été effectuée à bonne distance du néoplasme sténosant.

Examen histologique, N° 1.073, de la Clinique, dû à l'obligeance du Docteur E. Pollosson :

Il s'agit d'un épithélioma glandulaire, métatypique, du sigmoïde. Infiltration des formations néoplasiques en profondeur.

Le ganglion examiné n'est pas envahi. Il s'agit d'un ganglion inflammatoire non néoplasique.

Les suites opératoires ont été d'une simplicité surprenante.

Il s'est fait, par le drain laissé dans la loge, une légère suppuration, vite tarie, et la plaie laissée ouverte, s'est cicatrisée par seconde intention.

Le malade rentre chez lui un mois après l'opération. Il est convenu qu'il viendra dans quelques mois subir la fermeture de la cæcostomie.

Il revient après une quinzaine de jours supplier qu'on accepte de fermer plus tôt la cæcostomie, qui est le siège d'un petit prolapsus.

Le malade est examiné dans ce but.

On se demande si l'entérorraphie, qui doit fatalement être le siège d'une légère sténose, supportera sans inconvénient le passage des matières après fermeture de la cæcostomie.

On utilise, pour l'éprouver, l'artifice suivant :

A l'aide d'agrafes de Michel on obture l'orifice de cæcostomie, en rapprochant et fixant les lèvres cutanées.

On constate, les jours suivants, que les matières passent bien par le rectum, et qu'il n'y a, du fait de l'entérorraphie, aucune modification de forme ni de volume des fèces.

On décide donc de fermer la cæcostomie.

Le 17 janvier 1928, intervention (Docteur Bonnet).

1° Temps septique : Incision à distance des lèvres de la cæcostomie et obturation par suture des bords cutanés libérés.

2° Temps : Clivage progressif de la zone adhérente du cæcum et pénétration intrapéritonéale. Repérage des lèvres du péritoine.

3° Temps : Fermeture de l'intestin :

a) Excision des lèvres cicatricielles de la muqueuse. On se trouve en présence d'une large brèche cæcale.

b) Sutures : surjet muco-muqueux au catgut ; surjet musculo-séreux au catgut ; surjet final d'adossement séreux, en péritoine brillant, à la soie.

Il semble qu'on doive s'attendre à ce que les sutures tiennent parfaitement bien.

4° Temps : Fermeture de la paroi ; fermeture extrêmement soigneuse du péritoine ; sutures des plans musculo-aponévrotiques avec drainage interstitiel.

On laisse la peau largement ouverte.

Suites opératoires très simples.

Après quelques jours, on pratique, sans aucune anesthésie, la suture secondaire des téguments par 3 points en U.

Le malade est revu par le Docteur Bonnet le 29 octobre 1928. Il se trouve dans un état de santé parfait ; il a engraisé de 7 kilos depuis sa sortie de l'hôpital, et a repris son travail d'ouvrier dans une verrerie.

La paroi abdominale est solide partout, sans la moindre éventration. Le malade se déclare en outre guéri de la hernie inguinale qu'il présentait à gauche.

Les selles sont de forme normale.

Etat local, au niveau du foyer de la résection, parfait.

Conclusions

La résection des cancers de l'anse sigmoïde, à la Reybard, opération idéale, est grevée d'une grande mortalité.

Parmi les améliorations de la technique, susceptibles d'en atténuer la gravité, nous apportons l'étude de la résection en loge péritonéale exclue, opération pratiquée par le Professeur agrégé P. Bonnet.

Elle consiste essentiellement en la création d'une loge péritonéale, préalable à la résection.

Cette loge, exclue du grand péritoine, est réalisée par suture du péritoine de la paroi à la séreuse du mésocôlon et des anses sus-jacente et sous-jacente du segment colique à réséquer.

La technique varie suivant que l'anse sigmoïde est extériorisable ou non.

L'anse réséquée, restaurée par entérorraphie bout à bout, complète ou partiellement fistulisée, est réintégrée dans sa loge intrapéritonéale cloisonnée.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	TIXIER.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 8 Octobre 1928.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.

GHEUSI.



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

° 42, QUAI GAILLETON °

° ° ° ° ° LYON ° ° ° ° °



